From:
Subject: Fwd: Programa Vo untár o:
Date: March 29, 2019 at 9:09 AM
To: bruna.de ara@the ntercept.com

PK

Início da mensagem encaminhada:

> **De:**
> **Assunto: Re: Programa Voluntário:**
> **Data:** 18 de dezembro de 2017 12:14:05 BRST
> **Para:** Atimoda Thiago <atimoda@
> **Cc:** Júlia Zecchinelli <juliaszh@
>
> Atimoda,
> Respondi pra ela já na sexta...Nishok também reparou a ficha e o fato dela fotografar... etc.
>
> Figas!
>
> Reporto a vocês sobre a reposta dela
>
> Sent from my iPhone
>
> On 18 Dec 2017, at 11:53, Atimoda Thiago <atimoda@ wrote:
>
> > ## fotógrafa pro festival?
> >
> > | | |
> > |---|---|
> > | **Nome completo** * | |
> > | **Email** * | |
> > | **Endereço residencial** * | |
> > | **Cidade / Estado** * | |
> > | **CEP** * | |
> > | **CPF** * | |
> > | **RG** * | |
> > | **Órgão emissor** * | |
> > | **Profissão** * | |
> > | **Empresa** * | |
> > | **Cargo que ocupa** * | |
> > | **Salário atual** * | |
> > | **Facebook (link para o seu perfil)** * | |
> > | **Fone residencial** * | |

Celular *	
Estado civil *	solteira
Idade *	31
Data de nascimento *	
Hora de nascimento *	
Local de Nascimento *	
Nome do Pai *	
Nome da Mãe *	
Tem filhos? Quantos *	0
Já teve problema com a polícia ou com a justiça? Descreva... *	Não
Você fala algum idioma fluente além do Português?	
Sua altura *	
Seu peso (kg) *	
Fuma? *	não
Bebe? *	sim
É usuário de drogas? Quais? *	não
Toma remédios? Quais? *	
É alérgico? *	não
Possui problemas psiquiátricos? Descreva... *	não
Já passou por alguma cirurgia ou sofreu algum acidente? *	não
Possui alguma limitação física?	não
É portador de DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis)? Descreva... *	não
É portador de alguma doença específica? *	
Já participou de alguma atividade	Não.

do Metamorfose? Quais e quando? *	
Que aptidões você possui que possam auxiliar na organização, manutenção e desenvolvimento da Comuna?	
Descreva suas aptidões, em que tipo de área/trabalho poderia contribuir mais? *	
Qual a sua disponibilidade de tempo para se dedicar ao Programa? *	• Programa Residencial (de 30 dias a 3 meses)
Indique em que dias ou período você estará disponível *	
Tem mais alguma informação que gostaria de compartilhar, referente ao seu interesse no Programa? *	
1 – Nome / Telefone *	
2 – Nome / Telefone *	
3 – Nome / Telefone *	
*	• Aceito todas as cláusulas deste contrato